



ОЦЕНИТЬ КЛИНИКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Низамов Х.Ш.¹, Сайдов М.А.^{1,2},
Хасанжанова Ф.О.^{1,3},
Рахматуллаев А.А.¹, Солиева
И.И.¹

Received 15th Aug 2023,
Accepted 26th Sep 2023,
Online 11st Oct 2023

1. Самаркандский региональный филиал Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии,
2. Ташкентский национальный детский медицинский центр
3. Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Аннотация: В данной работе оценено клинические и инструментальные особенности течения инфарктов миокарда (ИМ) при пароксизме ФП, благодаря совместному использованию методов оценки тропонина I, ЭКГ, коронароангиографии (КАГ), трансторакальной эхокардиографии. В исследование было включено 128 пациентов, госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Исследуемая группа включала 64 пациента с пароксизмом ФП и значимым повышением уровня тропонина (в соответствии с 4 универсальным определением ИМ), средний возраст которых составлял $69 \pm 10,5$ года. Учитывая полученные результаты, становится очевидным, что пароксизм ФП может развиваться на фоне более серьезной патологии, такой как атеросклеротическое поражение коронарных артерий или приводить к вторичному повреждению миокарда. Таким образом, исследование уровня тропонинов у данной группы пациентов представляется оправданным.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, инфаркт миокарда, пароксизм, ЭКГ, Эхо-КГ и др.

Актуальность

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенный вид нарушения ритма сердца в клинической практике, который ассоциирован с повышенной смертностью (общей, сердечно-сосудистой и внезапной), высоким риском инсульта и системной эмболии, сердечной недостаточности, острых инфарктов миокарда (ОИМ), ухудшением качества жизни. ФП и ОИМ, безусловно, имеют тесные патогенетические связи [2, 6, 15]. С одной стороны, ФП повышает риск ОКС за счет эмболического механизма поражения коронарных артерий, а с

другой – ишемия и острое ремоделирование предсердий также способствует развитию ФП. Сопутствующая и фоновая патология, а именно наличие хронической ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности (ХСН), сахарного диабета 2 типа, хронической обструктивной болезни сердца, ожирения по висцеральному типу потенцируют риск ФП в сочетании с ОИМ увеличивают общий сердечно-сосудистый риск у этих больных [3, 7, 16].

ФП является частым осложнением острого инфаркта миокарда (ИМ). Взаимосвязь между фибрилляцией предсердий (ФП) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) была выявлена давно. Так в 1970 г. M.Klass and L.J.Haywood выявили, что приступы ФП осложняют течение ИМ в 7,5% случаев. С тех пор по данным многочисленных исследований частота встречаемости ФП при инфаркте колеблется от 7% до 21% [4, 8, 13, 17]. Принято считать, что основной причиной развития ФП при ИМ является резкое увеличение гемодинамической нагрузки на левое предсердие при развитии острой левожелудочковой недостаточности []. Некоторые же авторы полагают, что причиной возникновения ФП может быть остшая ишемия миокарда предсердий вследствие окклюзии коронарных артерий выше места отхождения сосудов, кровоснабжающих предсердия [1, 9, 14, 18]. Так или иначе, возникновение ФП в остром периоде ИМ существенно отягощает состояние больного, приводит к ухудшению гемодинамических показателей и появлению возвратной ишемии миокарда за счёт тахисистолии желудочков [5, 12, 15, 19]. Изучение механизмов возникновения ФП при ИМ и влияния этой аритмии на гемодинамику имеет существенное значение для правильного выбора тактики лечения и способа восстановления синусового ритма [10, 11, 20]. Актуальность заключается в возможности применения разных подходов к лечению в зависимости от условий появления приступов ФП и от его последствий – от медикаментозного лечения без восстановления синусового ритма до кардиоверсии по экстренным показаниям. Знание причин развития приступа ФП во многом может определять тактику лечения больных как во время аритмии, так и после приступа.

Цель исследования. Оценить клинико-инструментальные особенности течения инфарктов миокарда (ИМ) при пароксизме ФП, благодаря совместному использованию методов оценки тропонина I, ЭКГ, коронароангиографии (КАГ), трансторакальной эхокардиографии.

Материал и методы. В исследование было включено 128 пациентов, госпитализированных в отделениях острый коронарный синдром и ишемической болезни сердца и кардиореанимации Самаркандского регионального филиала Республиканского научно-практического медицинского центра кардиологии (СРФ РНПМЦК). Исследуемая группа включала 64 пациента с пароксизмом ФП и значимым повышением уровня тропонина (в соответствии с 4 универсальным определением ИМ), средний возраст которых составлял $69 \pm 10,5$ года. Группу контроля составили 64 пациента с пароксизмом ФП, средним возраст — 70 лет. Всем пациентам исследуемой группы была проведена КАГ, ЭхоКГ.

Критерии включения: гипертоническая болезнь в качестве возможной причины ФП вне зависимости от степени повышения АД (рекомендации ВОЗ/МОАГ 2007/2010 гг.) и/или стабильная стенокардия не выше III функционального класса, которая также представляла одну из возможных причин ФП; наличие рецидивирующей (пароксизмальной, персистирующей) или хронической (перманентной) форм фибрилляции предсердий.

Результаты. Среди всех пациентов, поступивших с пароксизмом ФП, в 20% случаев наблюдалось значимое повышение уровня тропонина. В исследуемой группе 16 пациентам был установлен предварительный диагноз «Нестабильная стенокардия», 13 —«Пароксизм ФП», 36 — «Острый ИМ». Количество пациентов с диагнозом «Острый ИМ без подъема сегмента ST» (ОИМбпST) составило 36 человек, с диагнозом «Острый ИМ с подъемом сегмента ST» (ОИМпST) — 29 человек. По результатам КАГ у 56 пациентов (88%) было выявлено гемодинамически значимое поражение коронарного русла, из них у 12 пациентов — с предварительным диагнозом «Пароксизм ФП». Среди 64 пациентов по данным КАГ у 8 значимого поражения коронарных артерий не наблюдалось (ОИМпST 1 человек, ОИМбпST 7 человек).

У пациентов с ОИМ нижней локализации развитие ФП часто наблюдалось на фоне брадикардии (средняя ЧСС до приступа была равна 51 ± 7 уд/мин в пределах от 35 до 80 в 1 мин). Более того, у 16 из 33 больных 11 фибрилляция предсердий появлялась на фоне выраженной предсердной брадисистолии, обусловленной дисфункцией синусового узла. Тахисистолия во время ФП была у 10 больных нижним ИМ. Появление АВ блокады с развитием синдрома Фредерика регистрировали у 4-х больных, причем в 2-х случаях это происходило при развитии приступа на фоне АВ блокады II ст. 2 типа при исходном синусовом ритме. У этих пациентов слишком низкая ЧСС с развитием гемодинамических нарушений требовали экстренного проведения временной эндокардиальной электрокардиостимуляции. У 13 пациентов регистрировали нормосистолию.

У пациентов с ИМ передней локализации развитие ФП часто наблюдалось на фоне тахикардии (средняя ЧСС до приступа была равна 77 ± 12 уд/мин. У 17 из 27 больных во время приступа регистрировали тахисистолию, в 9 случаях — нормосистолию, только у 1 больного была брадисистолия. У большинства больных с ИМ нижней локализации значимых явлений СН не наблюдалось: I класс сердечной недостаточности по Killip был у 27(82%) человек. Умеренные явления СН, соответствующие II классу присутствовали у пяти (15%) пациентов. Отек легких (Killip III) 1(3%) и кардиогенного шока (Killip IV) (0%) не было ни у одного пациента первой группы.

На фоне ИМ передней стенки ЛЖ перед фибрилляцией предсердий, острая левожелудочковая недостаточность осложняла течение заболевания чаще. Во второй группе кардиогенный шок осложнял течение ИМ у 10(41%) больных, отек легких — у 4(15%). Умеренные явления СН присутствовали у 12 5(22%) человек, а I класс по Killip был только у 8(22%) достоверность различий в появлении СН I, III и IV классов по Killip в первой и второй группах). Кардиогенный шок не был дебютом СН в данной группе пациентов, ведь исходно у всех больных ФВ была выше 40%. Крайняя степень нарушений гемодинамики стала итогом прогрессирования явлений СН у пациентов с отеком легких.

Анализ времени появления выявил более раннее начало приступов фибрилляции предсердий у больных с инфарктом миокарда нижней локализации. У 30 человек первой группы (91%) ФП развивалась в течение первых 24 часов ИМ. Лишь у 3 больных (9%) аритмия появлялась на вторые сутки заболевания. В группе пациентов с передним ИМ фибрилляция предсердий появлялась в более поздние сроки: у 2 человек (7%) в течение первых 24 часов ИМ у 19 пациентов (70%) на вторые сутки после начала заболевания и у 6(23%) на третьи сутки. Достоверность различий в сроках появления ФП при ИМ передней и нижней локализации.

Приступы ФП на фоне нижней локализации ИМ протекали более благоприятно. Они были менее продолжительными и часто прекращались спонтанно. Так у 12 человек (36%) первой группы аритмия продолжалась менее 24 часа, причем у всех реверсия на синусовый ритм проходила спонтанно. У остальных 21(64%) пациентов первой группы синусовый ритм стойко восстановить удавалось уже в первые 24 часа. Иная картина наблюдалась у больных с ИМ передней локализации. Приступы во второй группе пациентов были более продолжительными. Раннего спонтанного восстановления синусового ритма во второй группе не было. У 3(11%) пациентов аритмия продолжалась в первые 24 часа. Устойчивый синусовый ритм (более 6 часов) удавалось восстановить только на вторые у 23(85%) больных или на третью сутки у 1(4%) больных от момента появления аритмии (достоверность различий в продолжительности ФП между больными 1 и 2 групп).

Выводы. Учитывая полученные результаты, становится очевидным, что пароксизм ФП может развиваться на фоне более серьезной патологии, такой как атеросклеротическое поражение коронарных артерий или приводить к вторичному повреждению миокарда. Таким образом, исследование уровня тропонинов у данной группы пациентов представляется оправданным. При инфаркте миокарда передней локализации появление приступов фибрилляции предсердий преимущественно связано с острым ремоделированием левого предсердия на фоне острой левожелудочковой недостаточности. При инфаркте миокарда нижней локализации основной причиной развития фибрилляции предсердий является ишемия правого предсердия при проксимальных окклюзиях правой коронарной артерии.

Список литературы:

1. Агабаян, И. Р., Сайдов, М. А., & Жониев, С. Ш. (2022). ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПОМОЩЬЮ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ. *Journal of cardiorespiratory research*, 1(4), 38-42.
2. Болдуева, С. А., et al. "Инфаркт миокарда у больных с фибрилляцией предсердий." *Кардиология* 60.1 (2020): 53-61.
3. Бородашкина, Светлана Юрьевна, and Константин Викторович Протасов. "Клинико-патогенетические особенности инфаркта миокарда у больных фибрилляцией предсердий." *Сибирское медицинское обозрение* 5 (125) (2020): 31-39.
4. Бритиков, Д. В., Низамов, Х. Ш., & Агафонов, А. В. (2020). Изучение гемодинамических характеристик нового биологического протеза для коррекции врожденных пороков сердца на пульс-дупликаторе. *Бюллетень НЦССХ им. АН Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания*, 21(3), 247-252.
5. Матлубов, М. М., Юсупов, Ж. Т., Жониев, С. Ш., Сайдов, М. А., & Маллаев, И. У. (2022). Yurakda o 'tkazilgan operatsiyalardan keyingi kognitiv disfunksiyaning rivojlanishida sun'iy qon aylanishning o 'rni. *Журнал кардиореспираторных исследований*, 3(4).
6. Матлубов, М. М., Юсупов, Ж. Т., Сайдов, М. А., Жониев, С. Ш., & Маллаев, И. У. (2022). РОЛЬ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ. *Journal of cardiorespiratory research*, 1(4), 15-20.
7. Низамов, Х. Ш., Рахматжановна, З., & Рузиева, А. А. (2023). Pandemic Features of Chronic Heart Failure in Young Patients. *Periodica Journal of Modern Philosophy, Social Sciences and Humanities*, 17, 155-158.

8. Радха, Б., С. А. Сайганов, and Т. Ю. Громыко. "Фибрилляция предсердий у больных с инфарктом миокарда нижней локализации." *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. ИИ Мечникова* 7.1 (2015): 46-52.
9. Радха, Бхаттарай, Сергей Анатольевич Сайганов, and Елена Владимировна Трофимова. "Фибрилляция предсердий при инфаркте миокарда различной локализации." *Рациональная фармакотерапия в кардиологии* 11.1 (2015): 25-30.
10. Ризаев, Ж. А., Сайдов, М. А., & Хасанжанова, Ф. О. (2023). СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ИСХОДА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН. *Journal of cardiorespiratory research*, 1(1), 18-23.
11. Ризаев, Ж. А., Сайдов, М. А., & Хасанжанова, Ф. О. (2023). СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИНФОРМИРОВАННОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ. *Вестник науки*, 3(7 (64)), 362-377.
12. Ризаев, Ж. А., Сайдов, М. А., Хасанжанова, Ф. О., & Олимжонова, Ф. Ж. АНАЛИЗ УРОВНЯ ИНФОРМИРОВАННОСТИ БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ О ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ.
13. Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., Кушназаров, Р. С., Бойматов, Ш. Ш., Давронова, С. З., & Исмати, Н. А. (2023). Высокотехнологическая медицинская помощь для восстановления кровотока у пациентов с рестенозом. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 15, 116-120.
14. Хасанжанова, Ф. О., Низамов, Х. Ш., Истамова, С. С., Маллаев, И. У., & Хамидов, И. Н. (2023). Экспериментально-Клинические Исследования Хронической Сердечной Недостаточности С Острым Инфарктом Миокарда У Мужчин Молодого Возраста. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 1021-1024.
15. Хасанжанова, Ф. О., Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., & Юсупов, Т. Ш. (2023). Эффективность Тромболитической Терапии У Больных С Острым Коронарным Синдромом С Подъемом Сегмента St У Лиц В Молодом Возрасте. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(2), 632-636.
16. Хасанжанова, Ф. О., Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., Рахматуллаев, А. А., & Очилова, М. Х. (2023). Оценка Влияний Рамиприла И Пириндоприла На Систолическую Функцию Левого Желудочка У Больных С Острым Инфарктом Миокарда Без Элевации Сегмента St. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 461-465.
17. Хасанжанова, Ф. О., Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., Рахматуллаев, А. А., & Нурмуратов, А. Я. (2023). Оценка Частоты Встречаемости Аритмий Сердца И Показателей Реполяризации Желудочек У Больных С Гипертоническим Кризом. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 455-460.
18. Хасанжанова, Ф. О., Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., Рахматуллаев, А. А., & Очилова, М. Х. (2023). Оценка Влияний Рамиприла И Пириндоприла На Систолическую Функцию Левого Желудочка У Больных С Острым Инфарктом Миокарда Без Элевации Сегмента St. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 461-465.
19. Хасанжанова, Ф. О., Сайдов, М. А., Низамов, Х. Ш., Рахматуллаев, А. А., & Абдухаликов, А. А. (2023). Клинический Статус Больных С Нестабильной Стенокардией И Хронической Сердечной Недостаточностью С Нормальной Фракцией Выброса. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 4(3), 1015-1020.
20. Шульман, В. А., Шестерня, П. А., Головенкин, С. Е., & Радионов, В. В. (2005). ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА: ПРЕДИКТОРЫ

ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ВЛИЯНИЕ НА БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ. *Вестник артифмологии*, (39), 5-9.



CENTRAL ASIAN
STUDIES